

Washington State Combined Application Program (WASHCAP)
Programa de Solicitud Combinada del Estado de Washington (WASHCAP)

SOLICITUD WASHCAP

Al firmar abajo, declaro lo siguiente:

- Me han informado sobre WASHCAP;
- Me han dado un folleto sobre WASHCAP;
- Entiendo mis derechos y responsabilidades conforme WASHCAP; y
- Elijo obtener los beneficios de WASHCAP.

Declaro lo siguiente:

- Vivo a solas, o compro y preparo mis alimentos por separado de las otras personas en mi casa.
- El costo mensual de mi vivienda, sin incluir las cuentas de servicios públicos, es (marque una de las casillas abajo):
 - \$302 o más al mes.
 - Menos de \$302 al mes.

Entiendo lo siguiente:

- Si pago más de \$35 al mes para costos médicos, puedo elegir obtener asistencia de alimentos a través del programa regular de asistencia de alimentos en vez de WASHCAP; o
- Si pago más de \$499 al mes para mis costos de vivienda, sin incluir las cuentas de servicios públicos, puedo elegir obtener asistencia de alimentos a través del programa regular de asistencia de alimentos en vez de WASHCAP.

Declaro que todo en esta solicitud es verídico según mi leal saber. Entiendo que si omito o doy información incorrecta intencionalmente en este formulario, las leyes del Estado de Washington lo considera perjurio.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FIRMA

FECHA